

**VI. Fejezet**

**BOGNÁRNÉ VÁRFALVI MARIANNA**

**Az egészség útja**

**Életvezetési kísérlet**

**A fejezet tartalomjegyzéke**

<b>VI.1 A BETEGSÉGEK MEGELŐZÉSE, AZ EGÉSZSÉG MEGTARTÁSA. AZ EGÉSZSÉG FEJLESZTÉSE .....</b>	<b>258</b>
VI.1.1 Egészséget befolyásoló tényezők halmozottan hátrányos helyzetű népesség körében .....	261
VI.1.2 Az egészség szempontjából veszélyeztetett népességcsoportok ....	264
<b>VI.2 TÖBBSZÖRÖSEN ÖSSZETETT, EGYMÁST ERŐSÍTŐ PROBLÉMÁK .....</b>	<b>272</b>
VI.2.1 Kiemelt területek a fejlesztő programban .....	274
<b>VI.3 EGÉSZSÉGES ÉLETMÓD – CSALÁDCENTRIKUS MEGKÖZELÍTÉSBEN, AVAGY AMI A TANKÖNYVEKBŐL HIÁNYZIK .....</b>	<b>277</b>
<b>VI.4 AZ ÉLETMÓD VÁLTOZTATÁS MÓDSZERTANA .....</b>	<b>280</b>
<b>VI.5 A KOMMUNIKÁCIÓ SZEREPE AZ ÉLETMÓD VÁLTOZTATÁSBAN, AZ NLP ALKALMAZÁSA AZ EGÉSZSÉGCÉLÚ DÖNTÉSEKBEN .....</b>	<b>281</b>
VI.5.1 Modellezés .....	283
VI.5.2 A konfliktuskezelés labirintusa .....	285
<b>VI.6 ÚTRAVALÓ .....</b>	<b>287</b>

A projekt hipotézisei között hangsúlyosan szerepel az a szándékunk, hogy 3 éven keresztül ne csupán a kiválasztott személyekkel foglalkozzunk különböző szempontok szerint, hanem kiterjedjen tevékenységünk a célcsoport közvetlen környezetére is. Elköteleztünk voltunk abból a szempontból is, hogy az egyének és családjának, valamint szélesebb értelemben a meglévő emberi kapcsolataiban olyan személyre szóló életvezetési tanácsadást próbáljunk folyamatosan megvalósítani, amely lehetővé teszi, hogy a célcsoport tagja változtasson élethelyzetén, önállóan és felelősen döntsön megélhetési stratégiáiról. A feladat megoldásához több módszert egyesítettünk. **Egyfelől** magunk is az attitűd és érték kérdőívben feltérképeztük a családok jövedelmi és lakásviszonyait, valamint munkaerő-piaci helyzetét. Ezt vetettük össze az országos és a városi Munkaügyi Központ adataival. A 30 magnós interjúból pedig azokat a véleményeket vettük figyelembe, amelyek a települések munkaerő-piaci lehetőségeire vonatkoznak, valamint a megélhetési formákról informálnak, illetve a különböző iskolázottságú és szociális helyzetű munkavállalók egymásról kialakított véleményéről szóltak. Ennek megfelelően többlépcsős modulrendszerű fejlesztő programot dolgoztunk ki (ld. mellékletben).

**Másfelől** pedig másodelemzéssel értékeltük a Zempléni Kistérség szempontjából is hasznosítható kutatási eredményeket (pl. a Szociális és Családügyi Minisztérium élethelyzet, előítéletek, az „többiekhez való viszony” kutatása, valamint az Európai Bizottság finanszírozásában készült „A Családoktól Tanulunk” nemzetközi kutatási jelentés alapján) Mindebből azt a következtetést vontuk le, hogy a program kezdetétől egyéni, személyes mentoráláson keresztül éppúgy, mint a folyamatos, csoportos tréningbe építetten a következő mozzanatokra kell koncentrálnunk:

a.) Mik és milyen sorrendben határozzák meg az egyén kirekesztődését?

A szakirodalmi és a saját mérési tapasztalatok alapján a legjellemzőbb okok a kirekesztődésben: a munkanélküliség, az alacsony iskolai végzettség és képzettség, az alacsony jövedelem, a korlátozott kulturális és anyagi források, a negatív személyes tapasztalatok, érzelmek a hivatásokkal és a segítőszolgálatokkal kapcsolatban, korlátozott kapcsolati háló, szűkre szabott kommunikációs képesség és készség.

Az andragógia és a szociálpszichológia, pszichodráma, bábképzés módszereivel az egyes dimenziók tartalmára és kezelésére próbáltunk közösen megfelelő struktúrákat képezni, és a felmerülő egyéni problémamegoldáshoz támogatást adni.

- b.) A mentorok beszámolóira építve a program harmadik évében egyéni karrier-tanácsadást végeztünk, amely segíti a célcsoport tagját annak eldöntésében, hogy milyen alternatívákat jelöl ki önmaga számára a jobb boldogulás érdekében.

A térség problémáinak és a célcsoport tagjainak megismerését követően a projekt keretén belül kidolgoztunk egy kultúraérzékeny egészségfejlesztő programot, amelynek kézikönyvét a tréninget követően átadtuk a célcsoport tagjainak. A következőkben olyan fejezeteket emelünk ki, amelyek jól szemléltetik az egészségfejlesztésről vallott felfogásunkat.

### **VI.1 A betegségek megelőzése, az egészség megtartása. Az egészség fejlesztése**

A statisztikai és demográfiai adatok értékeléséből következik, hogy a megelőző ellátások és az egészségfejlesztés terén jelentős hagyományok és eredmények mellett további hiányterületek és megoldandó (rövid-, közép-, és hosszú távú) feladatok vannak. A társadalomban, és az egészségügyi rendszerben egyébként meglévő és reálisan fejleszthető források és képességek, valamint az egészségfejlesztés kormányzati, társadalmi és szakmai rendszerének átalakítása lehetővé tenné a romló tendenciák megállítását, és pozitív irányba fordítását.

Erre a Kormány Program is hangsúlyt fektet. Az egészségpolitikai folyamatok az egészségfejlesztés irányába jelentős elmozdulást igényelnek, az egészség, mint nemzeti érték és erőforrás elmélete alapján. Az egészségfejlesztés fő területei a népegészségügyi feladatokon és megelőző ellátásokon keresztül valósul meg, tudományosan megalapozott társadalmi beavatkozás rendszerében.

**Az egészség fogalma:** Az egészség nem pusztán a betegségek hiánya, hanem a testi, lelki, szellemi jó-lét állapota, de még inkább egyensúlyi helyzete.

**Az egészségfejlesztés fogalma:** „Az egészségfejlesztés az a folyamat, amely képessé teszi az embereket arra, hogy megértsék és növeljék befolyásukat saját egészségük meghatározói felett, annak érdekében, hogy egészségi állapotuk jobb legyen.”

Az egészségfejlesztés aktív folyamat, szereplői az állampolgárok, közösségek, és egy olyan társadalom, amely támogatja az emberek saját egészség felfogását és engedi, hogy az emberek saját maguk befolyásolhassák egészségüket. **Az egészség nemzeti kincs.** Nemcsak az ország gazdasági fejlődésének egyik alapfeltétele, hanem az egyes emberek boldogulásának letéteményese is.

Az egészség alapvetően a társadalom legkisebb egységében kell, hogy megjelenjen. A családban kell megteremteni alapjait. A társadalomnak és a helyi közösségnek kell képessé tenni a családot erre.

Az új szemlélet alapján az **egészség** tehát nem egyszerűen kiadási tétel az állami és családi költségvetésben, hanem befektetésként, **erőforrásként** kell értelmezzük. Egyszerűen nélkülözhetetlen, hiszen visszaszerzéséhez, vagy végleges elvesztése miatt egy betegségállapot kezeléséhez már sokkal több kiadás és jelentősen nagyobb költségekkel járó ellátórendszer igénybevétele válik szükségessé.

**Az egészség alapfeltételei:** a béke, az alapvető szükségletek, mint az élelem, az oktatás, az ivóvíz, a higiénia, a megfelelő lakás, biztos munka, és a társadalomban betöltött hasznosság érzete, az azonos esélyek biztosítása az egészséghez való hozzájutásban.

**Az egészségi állapotot sok tényező határozza meg:** így a genetikai tényezők, a nem, az életkor, a szegénység, munkanélküliség, a levegő, a víz minősége, az életmód (dohányzás, alkoholfogyasztás, drogfogyasztás, táplálkozás, fizikai aktivitás, szexuális magatartás), az oktatás (egészséggel kapcsolatos ismeretek, az iskolákban kötelezően életkoroknak megfelelően legyenek biztosítottak), az egészségügyi ellátás, a szociális ellátások, a közlekedés, a gazdasági környezet, stb.

A fenti felsorolásból is látszik, de szakemberek is kiszámították, hogy az egészségügy mintegy 15-20%-ban szerepel az egészséggel kapcsolatos kérdésekben a többi szereplő részesedése, viszont összességében 80%. Tehát ha az egészségért országos, vagy helyi szinten kívánunk eredményeket elérni, - javítani az egészségügy megbetegedési és halálozási mutatóin - akkor a társadalom minden szereplőjének ki kell ebből venni a részét. Ez azt jelenti, hogy egy **átfogó egészséget támogató társadalomra és közpolitikára van szükség mind helyi, mind kormányzati szinten** ahhoz, hogy a döntéseket és azok megvalósítási folyamatait (eddigieket és a jövőbelieket) megvizsgáljuk, van-e, lesz-e összefüggés az egészségi állapottal?

Az egészség „előállításába” is sokkal több szereplőt kell bevonni, megnyerni az egészségügyi szakmán belül és a szakmai szervezeteken kívül, így a minisztériumokat, a gazdaság szereplőit, a civil és önszerveződéseket, egyházakat.

**Az Egészségügyi Világszervezet így foglalta össze az egészség értékét:**

*„...ahhoz, hogy az egyén vagy a csoport elérje a teljes fizikai, mentális és szociális jólétet, képesnek kell lennie arra, hogy felismerje és azonosítsa vágyait, kielégítse szükségleteit és boldoguljon környezetével, vagy képes legyen megváltoztatni azt. Az egészség a mindennapi élet forrása, nem pedig az élet célja. Az egészség pozitív fogalom, amely hangsúlyozza a társadalmi és személyes forrásokat csakis úgy, mint a fizikai képességeket. Így az egészségfejlesztés nemcsak az egészségügyi szektor felelőssége, hanem az egészséges életvitel és a jólét kérdése is.”*

(Ottawai Karta)

**Az egyén felelősségvállalását saját és mások egészségének védelmében már az 1997. évi egészségügyi törvény is hangsúlyozza.**

Jelentős segítséget kell nyújtanunk egy új „egészség értékrend” kialakításában, az emberek egészségmagatartásában. Az értékválasztásban fő célkitűzés, hogy legyen az egészséges termékek, módszerek, szolgáltatások és javak választása a könnyebb, és olcsóbb választás lehetőségével és tudatos vállalhatóságával összekötve.

Ennek az értékrendnek a kialakításában szükség van sok erő együttműködésére: egy folyamatos társadalompolitikával, minden társadalmi és gazdasági szereplő támogatásával, oktatással, neveléssel, új, korszerű egészségügyi információkkal és egészségmagatartást befolyásoló módszerekkel, tömegtájékoztatással, új érdekeltségek ösztönzésével, melyek az egészség irányába döntik a választás nyelvét.

Ez a cél hosszú távú, akár több évtizedes, kitartó és következetes tevékenységeken keresztül valósulhat csak meg, mely elsősorban az egészségügyi tárca szakértelmén, összehangolásán, irányító szerepén alapul. Természetesen vannak aktuális, rövid távú célok, kampányok, de ezek csak akkor érnek valamit, ha utána folyamatosan megjelenik valamilyen rendszeres tevékenységben. Ezért az erőforrásokat, az egészségre való ráfordításokat, vagyis a finanszírozást kiszámíthatóvá, és hosszú távon biztosítottá kell tenni. Az egészségügyi átalakításnak is részben az a célja, hogy az egészségügyben meglévő források

jobb elosztásával, felhasználásával is lehessen pénzügyi megtakarításokat át-csoportosítani az egészség megőrzésére, a betegségek korai felismerésére, és az egészség helyreállítására. Ehhez az eddigi források megerősítése és bővítése mellett más gazdasági területekről, magán és állami érdekeltségekből is ki kell használni a bőven megtérülő befektetéseket.

Fontosak és hasznosak a civil és önszerveződések, szakmai szervezetek, egyházak és karitatív szervezetek bekapcsolása is, elsősorban a helyi programok sikeressége érdekében. Fontos, hogy ne felülről irányított, hanem egyre több helyi – a lakosság közvetlen közelében megvalósuló, ott elérhető lehetőségek, folyamatos, kiszámítható, a lakosság szükségleteihez és igényeihez, kulturális környezetéhez igazodó – programok legyenek.

**Különbségek, illetve többlet az egészségfejlesztésben a megelőzéshez képest:**

- ♦ Az egészségfejlesztést az emberek közvetlen környezetében építjük fel.
- ♦ Az egészségfejlesztés hangsúlyozza a közösség részvételét, erejét, jelentőségét.
- ♦ Az egészségfejlesztés erőforrásként – befektetett értékként tekinti az egészséget.
- ♦ Az egészség előállításában minden ember egyaránt érintett és nyertes.
- ♦ Az egészség minél teljesebb elérése nagyobb esélyt ad arra, hogy a jó kezdeményezések pozitív eredménnyel megvalósuljanak.
- ♦ Az egészségfejlesztés széles teret ad a módszerek kiválasztására, melyben például figyelembe kell vennünk egy adott közösség vagy egyén egészségi állapota mellett iskolázottságát, szociális és lakókörnyezetét, kultúráját, szokásait. Ennek megfelelően kell a hatásos módszereket kiválasztani és alkalmazni.
- ♦ Az egészségfejlesztés a társadalom széles rétegeire és minden szereplőjére épít horizontálisan és vertikálisan egyaránt.

#### VI.1.1 Egészséget befolyásoló tényezők halmozottan hátrányos helyzetű népesség körében

A Magyarországon élő lakosság (ezen belül a halmozottan hátrányos helyzetű népesség csoportok) egészségi állapota, demográfiai helyzete az ezredfor-

dulóra a társadalom gazdasági fejlődése, demokratikus átalakulása ellenére tovább romlott. Az idő előtti, megelőzhető betegségek teszik ki a halálozás túlnyomó részét, mely több tízezerrel meghaladja a születésszámot, tehát a nemzet fogyása évek óta negatív egyenlegű. A kedvezőtlen egészségi állapot mögött elsősorban az életmódból adódó problémák húzódnak meg. Az életmód azonban sok más, az egészségügytől látszólag távolabb eső tényezőtől függ.

Elsősorban azokban a társadalmi csoportokban jelentkeznek hátrányok, keletkeznek negatív halmozódások, amelyek a társadalmi kirekesztődésben is veszélyeztetettek.

A rendszerváltás óta hazánkban elindult gazdasági átalakulás, legnagyobb vesztes társadalmi csoportja a cigányság.

Ez a Magyarországon élő legnagyobb lélekszámú nemzeti- és etnikai kisebbség. A cigányság nem egységes, 3 nemzetség alkotja, amelyek közül a legnagyobb a romungro, majd az oláh, végül a beás népcsoportok. Túlnyomó többségükben a magyar nyelvet használják, de a romani és beás nyelv több változatát az egymás közötti hétköznapi családi és közösségi életben aktívan, egyre többen használják. A cigányság társadalmi helyzetét tekintve sem egységes, bár növekszik azok száma, akik egyre magasabb iskolai végzettséget, szaktudást és diplomát szereznek, mégis többségükre az alacsony iskolai végzettség, az ehhez kötődő behatárolt és korlátozott munkavállalási lehetőségek jellemzik, a melynek egyik eredménye a tömeges munkanélküliség, esetleges és kevés jövedelmet nyújtó időnyomunka. A megélhetésre nem elegendő szociális segély tovább terheli a családok és egyének gazdasági ellehetetlenülését, a probléma spirálból való pozitív kitörés esélyét. Többségük a volt ipari térségekben a gazdasági szerkezetátalakulás következtében veszítette el munkáját.

Magyarország hátrányos helyzetűvé vált régióiban és azon belül is a hátrányos helyzetű településeken, falvakban él 60 százalékuk. Lakhatási körülményeik, lakáshelyzetük a gazdasági ellehetetlenüléssel összefüggésben szegénységgel, nyomorral, egészségtelen körülményekkel jellemezhetők.

A hátrányok nem a rendszerváltáskor kezdődtek, de az azzal együtt járó folyamatok az alacsony iskolázottságú, szakmai végzettséggel nem rendelkezőket sújtotta leginkább. A társadalmi-gazdasági kihívások, változások kezelésére minden réteg, csoport, közösség, család, egyén rákényszerült. Akik nagyobb lehetőségekkel, tartalékokkal, társadalmi, kapcsolati, tudás, esetleg pénzügyi tőkével rendelkeztek korábban - és minél több elemmel a felsoroltak közül - azok tudták könnyebben venni az akadályokat, tudtak alkalmazkodni a válto-



zásokhoz. Azok pedig, akik gyengébb vagy sérült, netán elégtelen tőke kapacitásokkal rendelkeztek, az amúgy is gyenge társadalmi-gazdasági helyzetükben tovább romlottak. A rendszerváltás jelentős gazdasági szerkezetátalakulási folyamatokat indukált, amely a társadalom minden ágazatát érintette, a „nem termelő” ágazatokat is. Az ország fejlődése szempontjából összességében vitathatatlan pozitív változások és eredmények mellett a politikai és civil életben is nagy mozgásokkal jellemezhető, de konszolidált folyamatok zajlottak. A demokratikus átalakulás következtében a társadalmi érdek mellett megjelentek a réteg és csoportérdekek, amelyek keretei között az egyéni igények és szükségletek is kifejezhetőbbé, értelmezhetőbbé, elérhetővé váltak. Ebben a folyamatban is azok a társadalmi csoportok tudták érdekeiket érvényesíteni, akik tapasztalatokkal, a többségi társadalom csoportjaiban már működő probléma felvetési-, vita- és megoldási technikákkal rendelkeztek. A társadalmi érdekérvényesítés korábbi, rendszerváltást megelőző több évtizedes, sőt évszázadra visszamenőleges korszakaiban a többségi társadalom kirekesztett, kirekesztődött csoportjai, nemzeti és etnikai kisebbséghez tartozó csoportjai soha nem értek, érthettek el olyan szervezethez, amely lehetővé tette volna a társadalmi fejlődést, jobb lehetőségek elérését.

A cigányság évszázadok óta súlyos, halmozott problémákkal terhelt. Társadalmi beilleszkedésük - a társadalomba való beillesztésük érdekében tett intézkedések magukon hordozták az egyes társadalmi korszakok jellemzőit, amelyek elsősorban az asszimilációt célozták meg, és szegregációt eredményeztek. Az eltérő hagyományok, kulturális értékek a társadalom többsége részéről, de a cigányság részéről is előítéletességet szült. A társadalmi-gazdasági és kulturális különbségek együttes hatásaként kialakult mindkét oldalon meglévő sztereotípiák nehezítették és nehezítik a kirekesztődött helyzet megoldását.

A kilencvenes évek közepétől megindult egy folyamatosan fejlődő kormányzati politika, mely a társadalmi integráció, vagyis a kulturális értékek elismerése, és az identitás fejlesztése mellett a beilleszkedést tartja a kivezető útnak. Átfogó, hosszú távon megvalósuló társadalmi felelősség és tehervállalás, kormányzati intézkedések nélkül egy ilyen létszámú és helyzetű társadalmi csoport, mint a cigányság az egyre növekvő szakadékon nem tud átjutni.

Az első kormányhatározat 1995-ben jelent meg, melyben az állami felelősségvállalásból adódó összefüggések, problémafelvetések domináltak elsősorban. Az 1999-ben megjelent kormányhatározat már ágazati szintekre koncentrált a probléma megoldást egy-egy tárca főfelelősségével és a saját erőből vállalt forrás biztosításával. Elsősorban a tervek, intézkedések kidolgozása, kutatások elindítása volt a fő feladat az életkörülmények és társadalmi helyzet javítása érdekében.

2004-től a középtávú kormányzati intézkedések komplex módon közelítik meg a fő célt, a cigányság társadalmi integrációjának folyamatát, és az eddigi tapasztalatokra építve ágazatok közötti összefogás, tevékenység és forráskoncentráció működésévé épít.

A népességre, ezen belül a roma lakosság többségére jellemző igen rossz egészségi állapot jelentősen befolyásolja a munkaerő mennyiségét, minőségét, magával sodorja az egészségügyi és szociális kiadásokat, kedvezőtlenül hat az egyes emberek, családok helyzetére, életminőségére. Az ország versenyképességének egyik jelentős tényezője az egészséges, jól képzett, fizikai és szellemi teljesítőképességének javát nyújtó emberek megléte. Ezért az egészség nem a társadalom és a benne élő emberek célja, hanem alapvető erőforrás.

### **VI.1.2 Az egészség szempontjából veszélyeztetett népességcsoportok**

Az ország, a társadalom értékét többek között a benne élő emberek alkotják (humán tőke). Az emberi erőforrások (ezek közé tartozik az egészség is) gondozása, a társadalmi egyenlőtlenségek csökkentését, feloldását ezen belül is kiemelten a szegénység kezelését feltételezi és teszi szükségessé.

A szegények szerte a világon többször és súlyosabban betegszenek meg, nehezebben férnek hozzá az ellátásokhoz, hátrányokat szenvednek az egészség megőrzésében, helyreállításában, visszaszerzésében, az ellátást nyújtókkal, de más csoportokkal, közösségekkel való kapcsolat kialakításában, megtartásában. Az egészséghez, mint erőforráshoz való hozzájutás esélye jelentősen csökken abban az esetben, ha valaki szegény. Abban az esetben, ha a szegénység gyermekeket, nőket, időseket, fogyatékkal élőket, munkanélkülieket, nemzetiségi – etnikai kisebbségeket érint, tovább rontja az esélyeket az egészség szempontjából.

A többségében a társadalom szélére sodródott, eltérő kulturális értékekkel, hagyományokkal élő csoportok, családok, – hazánkban a cigányság a legnagyobb lélekszámú érintett csoport – halmozott hátrányokkal küzdenek melyeket tartósan, és hosszú távon befolyásol az iskolai végzettség, a kultúra, normák, és értékek vállalása, a gazdasági-szociális helyzet, a társadalomban elfoglalt szerep, vagy helyzet, és mindezek eredőjeként az életminőség. Az életminőség egyik fő meghatározója az egészségi állapot. További meghatározó tényezők elemzését az összefüggések és kölcsönhatások szempontjából vettem fel, utalva jelen időszak komplex problémaszemléletére.

**Az életminőség három alapvető szükséglet körül összpontosul, egyik sem sorolható a másik elé! 1. Az anyagi javak (jólét) megfelelő színvonala: ide ért-**

jük az életkornak, egészségi állapotnak megfelelő táplálékot, lakás körülményeket, melyek az egészséget befolyásoló természeti és épített környezettel is szoros kapcsolatban vannak, illetve a közüzemi ellátottságot, valamint a ruházkodást, a használati tárgyakat. Ezek alakítják az életszínvonalat is, és az egyén szubjektív megítélésében a megelégedettséget eredményezi. 2. Az életminőséget jellemző szükségletek összetevői közül a **kapcsolatoknak**, az emberi kapcsolatoknak kiemelt jelentőségük van, melyek szintén az emberi élet nélkülözhetetlen részei. A kapcsolatok megléte, minősége alkotja a jól lét szeretet **dimenzióját**, ahol a társadalom tagjai nemcsak az anyagi javak tekintetében, hanem a különböző szellemi (pénzben nem mérhető) tekintetben is jól érzik magukat. 3. A harmadik szükséglet típus az **önmegvalósítás**, mely az egyénnek a saját élete értelméről, céljáról, hasznosságáról való meggyőződését jelenti. Ez a jól lét létezés **dimenziója**. A szeretet és a létezés **szintje az élet minőségét adja**, az egyén szubjektív megítélésében a **boldogság érzetét** eredményezi. Ez minden ember alapvető szükséglete, törekvéseinek eszköze.

Elkerülhetetlen a társadalmi kommunikáció szemszögéből a **diszkrimináció és a társadalmi integráció kapcsolata**:

A társadalmi integráció kérdéskörében olyan folyamatok és jelenségek megoldására keressük a választ, mint a kirekesztés – befogadás, a kirekesztettség – beilleszkedettség, illetve a kirekesztődés – kirekesztődés ellenes szó párokkal fejezhető ki leginkább. Ezek háttérben ellentmondásokkal teli, mély társadalmi konfliktusok húzódnak meg, maguk előtt görgetve a szélsőséges és tartós szegénység problémakörét.

Mégis ez az a pont, amikor meg kell állnunk, és át kell gondolnunk, hogy a magyarországi -és mondhatjuk a környező országok- cigány/roma közösségei, családjai e társadalmi problémakör még terheltebb változatával élnek. A szegénységen túl a többség és a kisebbség részéről is meglévő **előítéletek terhelik az együttélési helyzeteket**, mely olyan kedvezőtlen jelenségekben halmozódik, mint az ebből fakadó **etnikai kisebbséggel szemben kialakult diszkrimináció** (megkülönböztetés).

Az **integráció**, vagyis – a szolidaritáson, esélyegyenlőségen alapuló – társadalmi elfogadottságot, beilleszkedést, befogadottságot, a kirekesztődést megelőző, vagy azt kezelő folyamat mind a többségi, mind az érintett kisebbségi társadalom tagjaira vonatkozik. Az egyéni esetkezeléstől a helyi szociálpolitikán át; a kisközösségekben, a közvéleményben, a politikában megjelenő személyi kapcsolatokat és párbeszédet is érinti. Ugyanakkor nem nélkülözheti, – és ezt hangsúlyozni kell – a szervezeti, szerkezeti változásokat méreteiben és tartalmában érzékelhető módon. Át kell tekinteni a jogrendszerben meglévő

lehetőségeket is, mely területeken mely eszközökkel előzhető, akadályozható meg, kezelhető és szankcionálható a diszkrimináció bármely formája.

A roma/cigány népesség társadalmi integrációjának több területen egyszerre kell végbemennie, az egyensúlyi helyzet kialakítása és fenntartása érdekében. Minden egyes összetevője ennek a folyamatnak egyformán fontos, egymással kölcsönhatásban vannak: oktatás, foglalkoztatás (gazdasági helyzet), földrajzi elhelyezkedés – lakhatási körülmények, együttélési – kapcsolati rendszer, egészségi állapot – életminőség. Képzeljük el ezeket egy kerék küllőiként. Hogy a kerék jól guruljon, mindegyiket egyforma nyomatékkal kell erősíteni.

**A társadalmi párbeszédre visszatérve az integráció és az esélyegyenlőség előmozdítása, a diszkrimináció visszaszorítása, megszüntetése az alábbi alapelveket kell, feltételezze:**

Társadalmi szolidaritás, méltányosság; partnerség, felelősségvállalás; helyi szintű fejlesztés, decentralizáció; a roma/cigány kultúra értékeinek megőrzése, aktív gyakorlása, megismertetése a széles társadalommal; az emberi jogok tiszteletben tartása, a hátrányos megkülönböztetés tilalma; nyilvánosság, átláthatóság, ellenőrizhetőség, értékelhetőség; komplexitás, program összehangolás; forráskoncentráció, a programok folyamatos fenntarthatóságának garanciája. Ezek a fogalmak az egészségügyi stratégiai tervekben is megjelennek.

Ismerjük azokat az összefüggéseket, melyek az egészségi állapotot, így a sérülékeny társadalmi csoportok, mint a cigányság egészségi állapotát is befolyásolják.

**Az egészség alapfeltételei között az alábbiakban jelentkeztek bizonyítottan hátrányok:**

- Egyenlő esélyek: a kinyilvánított, jogszabályokban foglalt egyenlő jogok mellett nem érvényesül sok esetben az egyenlő bánásmód, felmérések adataiból ismert, hogy az egészségügy területén is kimutatható a romákkal szemben megkülönböztetett bánásmód.
- Lehetőségek kinyilvánítása: a roma közösségek, családok, egyének hátrányt szenvednek az egészséggel kapcsolatos ismeretek, és az egészségügy nyújtotta ellátások, szolgáltatások lehetőségei és igénybevételük tekintetében.
- Alapvető szükségletek hiánya (élelem, víz, higiénia):

A cigány lakosság táplálkozási szokásai és lehetőségei elsősorban a szegénység és az életmód következtében a többségi átlaghoz képest jelentősen rosszabb. Nagyon magas az aránya az alultápláltaknak, főleg a nők körében. A gyermekintéz-

ményi közüzemi étkeztetés változásával a közösségbe járó gyermekek táplálkozása némileg javult, de sok családnál ez jelenti a gyermek napi élmét. Problémát jelent az otthoni étkezés különösen a hétvégeken, amikor nincs intézményi ellátás. Gondot jelent az otthon lévő, közösségbe nem járó gyermekek étkezése is.

A vezetékes ivóvíz elérhetősége elsősorban a kistelepüléseken, illetve a telepeken élőkénél okoz gondot. A magyarországi cigány lakosság 60 %-a kistelepülésen él, és azon belül is olyan részein a településeknek, ahol a közüzemi ellátottság a település átlagához képest rosszabb. 4-500 telepet mértek fel a különböző kutatások a közelmúltban, ahol a víz hiánya, vagy nehezített hozzáférése volt a jellemző.

Higiéniai szempontokból a vízhez hasonló a helyzet, a csatornázás, szennyvízelvezetés, szállítás, a kiépített, és engedélyezett WC típusok aránya nem kielégítő, a rágcsálók, és rovarok tömegesen nehezítik a szegényes alacsony komfortfokozatú házakban élők, köztük nagy számban többgyermekes családok sorsát.

Problémát jelent a házak és a házak környékének szemét mentesítése, a hulladék higiénikus gyűjtése, szállítása. Az épületek, lakások burkolata, a falak tisztasága szintén fontos, de kívánni valót maga mögött hagyó szempont.

- Lakás: a lakhatás körülményeiről több tanulmányban is egybehangzó megállapításokat találhatunk: alacsony komfortfokozat jellemzi a lakások többségét. A lakbérek és közüzemi költségek jelentős tartozással terheltek, a családok jelentős része eladósodott, nem tud lépést tartani ezekkel a változásokkal, még a segélyezési rendszer mellett sem. A fűtés mindezek között a legnagyobb probléma, hiszen ebben a népességben magas a gyermek-fiatal generáció aránya. A migráció is meglehetősen sajátos tendenciát mutat, mert míg a képzettebb, tanultabb fiatalok elvándorolnak a kistelepülésekről, főleg a városok és a főváros felé, addig a városon élő lakosság egyre inkább kiszorul az alacsonyabb komfortú, alacsonyabb költségű agglomerációba, vagy vidéki kistelepülésekre. Az ország egyes térségeiben főleg Észak-kelet Magyarországon különösen érzékelhető ez a helyzet, és a népesség aránya jelentős változásokon megy keresztül: a falvakban előregedett lakosság mellett egyre magasabb a beköltözők aránya.
- Oktatás: a társadalmi ösztöndíj és intézményi normatív támogatások, oktatási fejlesztő programok, pedagógus képzések, továbbképzések ellenére még mindig jelentős az oktatás területén a szegregáció és diszkrimináció jelensége. A fenti okokból viszont vannak olyan települések, ahol szinte döntő többségben roma/cigány gyermekek alkotják a tanuló létszámot. Gondot jelent, hogy a gyermekek részben a kulturális tradíciókból, életmódból fakadóan, részben az intézmények férőhelyeinek szűkössége

folytán nem vesznek részt korai életkortól (3 éves kor) óvodai nevelésben, és oktatásban, amelynek később az iskolai beilleszkedés és oktatásban való eredményesség terén, sőt a későbbi életkorokra is kiható mérhető hátrányai jelentkeznek. Bizonyított, hogy a hátrányos helyzetű, vagy más kulturális körből, nyelvterületről származó családokból jövő gyermekeknek nem elegendő az egy éves iskolaelőkészítő. Éppen a kultúrák megismerése és egymáshoz közelítése érdekében számukra ajánlott, hogy 3 éves kortól vegyenek részt az óvodáztatásban, de az óvodákban legyenek olyan programok, olyan pedagógusok és dajkák, akik ismerik és aktívan gyakorolják a cigány/roma kultúrát, beépítik a nevelési tervbe. Ez az iskolai nevelésre és intézményekre is érvényes szakmai irányelv. Az integrált nevelés szemléletének és gyakorlatának bevezetése az oktatási reform egyik legjelentősebb lépése, amely a másság megismerésén, elfogadásán, a hátrányok korai felismerésén és lehetőség szerint a többségi közösségben maradás mellett való leküzdésén alapul. A roma/cigány népességben végzett felmérések azt mutatják, hogy a többséghez képest magasabb az általános iskolát be nem fejezettek aránya, alacsonyabb minden iskolatípusban a végzettek aránya. Különösen a szakképzésben, a középiskolában van elmaradás, amelyet még felülmúl a kb. 1%-os egyetemi-főiskolai végzettségi arány.

- Biztos munka: A rendszerváltást követően talán ez a legnagyobb változás, amely a legnagyobb hátránnyal és tömegesen sújtotta a hazai cigányságot. A főleg nehézipari, építőipari területeken tartósan foglalkoztatott munkaerő és rajtuk keresztül családok rövid idő alatt veszítették el biztos megélhetésüket. Az alacsony iskolázottság és a szakképesítés hiánya, valamint az egyéni, a közösségi és társadalmi érdekérvényesítés alacsony szintje is az oka annak, hogy a mára kialakult halmozott hátrányokat mutató helyzet kialakult. 1994-ben a foglalkoztatottság aránya a nem-roma férfiak körében 63,4 százalék, a nők körében 63,1 százalék volt. A roma munkaképes népesség körében viszont a foglalkoztatottság aránya a férfiak esetében 26,2 százalék, a nőknél pedig 16,9 százalék volt. Az alapvető megélhetési gondok, a segélyezési rendszer anomáliái, gyakori változásai ellehetetlenítették a családfenntartókat és rajtuk keresztül a családokat. Az így kialakult új szocio-gazdasági környezet gyors hatással volt és van az egészségi állapotra, a lelki és testi betegségek számának növekedésére, az alacsonyabb élettartamra, az egészség szempontjából kedvezőtlen életmódra, a képzési, átképzési rendszerben, az oktatásban való eredményességre, és a munkaerőpiacra való visszakерülésre. Az alkalmi

és közmunka tömegek számára elérhetetlen, de egyébként sem kívánatos, és tartós megoldás. Az aktív, keresőképes korú népesség jelentős része végleg kiszorult a munka világából, a társadalmi támogatások és integrációs intervenciók ellenére is.

- A társadalomban betöltött hasznosság érzete: A munkáját veszített, társadalomba, a munka világába visszailleszkedni nehezen, vagy nem tudó emberek frusztrációja a családok szétbomlásában, a depresszió magas előfordulásában, a szenvedély betegségek és a családra és közösségre kedvezőtlen magatartásformák emelkedésében is megnyilvánul. Általános érvényű, de a hátrányos, halmozottan hátrányos helyzetű csoportokat még inkább sújtó jelenség a fentiekből fakadó kiszolgáltatottság, áldozattá, bűnözővé válás.
- Közmegegyezés: A közmegegyezés nagyban függ egy települési közösség közösségi intelligenciáján, toleranciáján és nyitottságán, demokratikus szemléletén és integrációs készségén. A közösség alcsoportjainak aránya, a település országon belüli földrajzi elhelyezkedése, a település gazdasági helyzete, a lakosság szociális helyzete, demográfiai összetétele, az ott élő civil szerveződések és szervezetek, kulturális csoportok, kisebbségi közösségek és egyházi közösségek léte és helyzete, egymáshoz való viszonya meghatározzák, de meg is alapozzák a helyi konszenzust. Ellenkező esetben, ha nem alakul ki konszenzus, annak a fenti okok egyike, vagy egyszerre többük előfordulása lehet az oka. A helyi közmegegyezés elengedhetetlen a település életét befolyásoló fontosabb döntések, fejlesztések, változások elérésében, a hátrányok, hiányosságok, problémák, nehézségek leküzdésében.

Ezek az alapfeltételek a következő **alapértékekkel összefüggésben értelmezhetők**: igazságosság, hatékonyság, biztonságosság, szabadság, egyenlőség.

**Az egészséget a következő tényezők egyenként, de egymással kölcsönhatásban is befolyásolják:**

**Adottságok:** örökletes, genetikai tényezők; nem; életkor;

**Szociális, gazdasági tényezők:** szegénység; munkanélküliség; szociális kirekesztettség;

**Környezeti tényezők:** levegő, víz minősége; közüzemi szolgáltatások; lakáshelyzet; lakóhely, a települési környezet; emberi (kapcsolati) környezet;

**Életmód:** táplálkozás; fizikai aktivitás; lelki kiegyensúlyozottság; stressz tolerancia; konfliktus megelőzés és kezelés képessége; szexuális értékek, magatartás; káros szenvedélyek kerülése, vagy megléte: dohányzás, alkohol, más drogok;

**Szolgáltatásokhoz való hozzáférés lehetősége:** oktatás; egészségügyi ellátás; szociális szolgáltatások és ellátások; közlekedés; szabadidős lehetőségek.

**A megvalósítás feltételei között szerepelnek:**

- ◆ egészséget támogató, megegyezésre épülő közéleti politika konszenzus;
- ◆ egészséget támogató környezet;
- ◆ az egészségfejlesztés szerepének és szemléletének növelése az egészségügyi ágazatban és azon kívül is;
- ◆ hosszú távú népegészségügyi program;
- ◆ pénzügyi források;
- ◆ szakemberek képzése, továbbképzése;
- ◆ technikai segítség; értékelő rendszer a hatáosság és hatékonyság vizsgálatára;
- ◆ közösségi kezdeményezések támogatása;
- ◆ önkéntes, civil valamint szakmai tevékenységek összekapcsolása;
- ◆ az emberek egészséggel kapcsolatos ismereteinek és készségeinek fejlesztése.

**Elvek, módszerek, melyek megalapozzák a megvalósítást:**

- ◆ az egészség erőforrás, értéke személyes és egyben nemzeti kincs;
- ◆ átfogó társadalmi megközelítést igényel; széles nemzeti konszenzus, nemzeti program megvalósítása szükséges;
- ◆ több tárca és ágazat hatékony együttműködését feltételezi;
- ◆ tudományos bizonyítékokon, hiteles adatokon alapuljon;
- ◆ gazdasági elemzésekkel, alátámasztott, költséghatékony módszereket alkalmazzon, finanszírozzon a társadalom.

Ezekben érvényesülniük kell a méltányosság, a szubszidiaritás, értékelhetőség, elszámoltathatóság, átláthatóság elveinek.

Nagy dilemmát jelent az is, hogy a roma népesség társadalmi integrációjában milyen szerepet, feladatot, részfeladatot vállalhat az egészségügy. A fenti összefüggéseket átgondolva nagyon is sokat.

**Általánosságban:**

A családok kompetenciájának javítása, öntevékenységük fejlesztése az egészség érték kialakításában, és mint erőforrás megőrzésében, megszerzésében, fejlesztésében.



**Részletezve:**

- ◆ esélyteremtés, esélynövelés;
- ◆ elérhetőség, hozzáférés biztosítása;
- ◆ hátrányok felismerése és kezelése;
- ◆ előítéletesség és hátrányos megkülönböztetés rejtett és érzékelhető formáinak megelőzése, kiküszöbölése;
- ◆ erőszakmentes, hatékony kommunikáció kultúrájának elterjesztése;
- ◆ egészség ismeret és életmódot befolyásoló módszerek átadása élethelyzetek, életkor és egészségi állapot összefüggésében;
- ◆ információáramlás kölcsönössége, szükséglet – lehetőség jelzőrendszer működtetése;
- ◆ az ellátások, szolgáltatások lakossággal való megismertetése;
- ◆ szükségletre és igényekre alapozott ellátások, szolgáltatások megszervezése;
- ◆ az egészségi állapotnak megfelelő igénybevétel ösztönzése;
- ◆ elsősorban preventív ellátásokkal összekapcsolt, de más ellátások időben történő igénybevétele érdekében motivációs rendszerek kiépítése;
- ◆ egészségügyi ellátások szakmai színvonalának fejlesztése különös tekintettel a hátrányos helyzetű településekre: műszer, eszköz, személyzet; segítő foglalkozásúak, civil szervezetek, önkéntesek bevonása; egészségügyi szakképzettség megszerzésének ösztönzése;
- ◆ egészségügyi dolgozók továbbképzése, képzése a hátrányos helyzetű csoportokkal való hatékony foglalkozás (szükségletelemzés, igényfelkeltés, igény és szükséglet egyensúlykezelés), valamint a cigány/roma lakosság történelmi múltjának, társadalmi jellemzőinek – rétegződésének, kulturális értékeinek, hagyományainak témakörökben; kutatások, rétegtutatók, hosszú távú hatásvizsgálatok, szociológiai – egészségszociológiai vizsgálatok végzése; sikeres, eredményes modellprogramok befogadása, folyamatos finanszírozása.

**Konkrétan:**

- ◆ egészségre ártalmas környezeti tényezők felszámolásában részvétel /telepek és más kedvezőtlen lakáskörülmények),
- ◆ egészséges életkezdet feltételeinek javítása, várandós anyák, csecsemők, kisgyermekek egészségvédelme, gondozása,
- ◆ halmozottan veszélyeztetett csoportok (állami gondozott gyermekek és fiatalok, munkanélküliek, sok gyermekes családok, egy szülő sokgyermekes családok, idősek, hajléktalanok, stb.),
- ◆ védőnői hálózat fejlesztése személyi, tárgyi feltételek biztosítása, műkö-

- dési-tevékenységi koncepció fejlesztése,
- ♦ alapellátás fejlesztése mind a háziiorvosi ellátást illetően, mind az együttműködő szakemberek bevonásának bővítésében (pl. gyógytornász, dietetikus, stb.),
- ♦ szűrő-gondozó rendszer hatékonyságának javítása: elérhetőség, igénybevétele, motiváció ellátó és ellátott oldalról egyaránt,
- ♦ lelki egészség javítása, fejlesztése, kommunikációs és együttélési módszerek tanítása
- ♦ korai óvodáztatás elősegítése,
- ♦ óvodai, iskolai eredményesség egészség feltételeinek javítása,
- ♦ önhibáján kívül szegénység miatt hátrányt szenvedők ellátási feltételeinek biztosítása,
- ♦ egészséges szabadidő programok, egészséges életmód elemek közvetítése egyéni, családi, közösségi szinteken, pozitív példák, családok, egyének bemutatása, motiváció
- ♦ kapcsolati rendszer fejlesztése az egészségügyön kívül tevékenykedőkkel,
- ♦ média és közszereplések vállalása az előítéletesség és a hátrányos megkülönböztetés megelőzésére, a nyitott, pozitív kommunikációra, az el- és befogadó társadalmi attitűd, tolerancia és segíteni akarás, – önzetlen, szeretetteljes – segítségnyújtás érdekében.

Itt még számos más elképzelés is felsorolásra kerülhetne, de ez a helyi szükségletektől, igényektől, és körülményektől is függ. A cigányság társadalmi beilleszkedését segítő társadalmi és nemzeti összefogás időszzerű, szükséges, társadalmi-gazdasági háttér-, az egészségügyi állapot-, az életminőség javítása érdekében. Rendkívül rossz az országos egészségmutatók mögött ez a problémákkal, halmozott hátrányokkal terhelt, de fejlődni akaró és képes népesség csoport több évszázados terhei tornyosulnak.

## VI.2 TÖBBSZÖRÖSEN ÖSSZETETT, EGYMÁST ERŐSÍTŐ PROBLÉMÁK

A nemzeti és etnikai kisebbséghez való tartozás önbesoroláson alapul, különösen bizalmas személyi adat. A magyarországi romák, illetve cigányság nem egységes, akár belső struktúráját tekintve, akár a bizonytalan, egymástól eltérő külső definíciók tekintetében. Ezért a „romák”, adminisztratív eszkö-

zökkel – jogsértés nélkül – nem minden esetben elérhető, illetve nem alkalmazható, mint támogatandó célcsoport megnevezés.

A romákról gyűjtött adatok többsége is vélekedésen és/vagy 1993 előtti nyilvántartásokon alapul. Néhány adatgyűjtés, a magukat romának valló adatszolgáltatókra korlátozódik, de ezek reprezentativitása nem mindig biztosított. Ezért az általánosító megállapítások, amelyek a romákra vonatkoznak, többnyire pontatlanok, vagyis támogatásuk adminisztrációja, hatékonysága bizonytalan.

A magyarországi romák, az ország lakosságát több mint száz éve alkotó 13 nemzeti kisebbség közül a legnagyobb arányúak a népesség 5-7%-a. Külön kiemelendő, hogy e kisebbség rasszjegyei alapján, a külső szemlélő által is felismerhető, egyedül, a nemzeti kisebbségek közül. Másik jelentős faktor, hogy e nemzeti-etnikai kisebbségnek nincs „anya-országa”, mint kulturális és gazdasági támogató közege. A magyar köznyelvben a „cigány” fogalom nem kizárólag nemzeti kisebbséget jelez, gyakran negatív felhangú jelzőként használják, előítéletesség, negatív sztereotípiák kapcsolódnak hozzá.

A gazdasági és/vagy iskolázottsági szempontból hátrányos helyzetűek halmaza jelentős átfedést mutat a magyarországi romák rossz egészségállapotú halmazával, ezért érdemes a célcsoport megjelölést ennek megfelelően pontosítani, vagyis a hátrányos helyzetű jelző mellett egyértelművé tenni, hogy milyen szempontból.

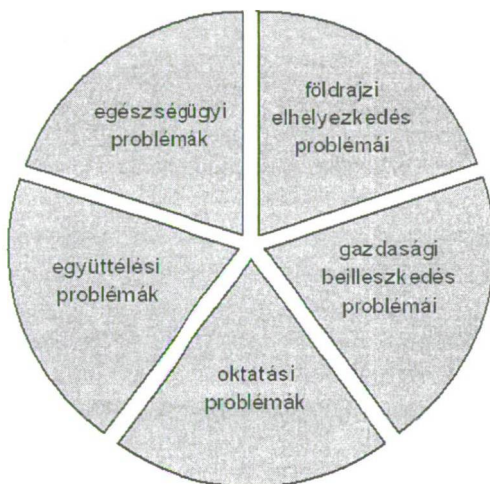
Az EU-s tagság politikai feltételeit, 1993-ban Koppenhágában, az Európa Tanács, a következőkben határozta meg:

*”A tagság feltétele, hogy a tagjelölt országban létrejöjjön egy olyan szilárd alapon nyugvó intézményi rendszer, amely garantálja a demokráciát, a jogállamiságot, az emberi jogokat, valamint a kisebbségek védelmét és tiszteletben tartását.”*

Ezzel összefüggésben a „társadalmi kirekesztettség” fogalmát is bevezették minden olyan csoportra, amelyet hátrányos társadalmi megkülönböztetés ér/érhet. Többek között nevesítették ezen csoport tagjaként a közép-európai romákat is.

A „romák élethelyzetét mozgató rendszer” jól jellemezhető a már említett négyküllős kerék modellel. Középpontban az egyén. Jól gurul(hat) a kerék, ha mindegyik küllő egyformán hangsúlyos. Amint az egyik „küllő”-t túlságosan megerősítjük, vagy gyengítjük, a gurulás egyenetlenné válik, vagy elakad.

### Probléma kerék



Ezzel a modellel szemléltethető, hogy a hagyományos, komplex probléma-kezelési stratégiák hosszú távon és tartósan hatékonyabbak a prioritások megnevezésére és krízis-kezelésére épülő rövid távú megoldások mellett.

#### VI.2.1 Kiemelt területek a fejlesztő programban

##### **Az óvodába nem járó óvodáskorúak**

A roma fiatalok általános iskolai sikertelenségének egyik – noha nem kizárólagos oka az óvodai nevelésből való kimaradásuk, illetve a késői és rövid ideig tartó óvodáztatás.

Az óvodai nevelésben (legalább 5 éves kortól) való részvétel ugyanis – megfelelő óvodai programok, a roma kultúrát ismerő pedagógusok, előítélet-mentes nevelői légkör mellett – kimutathatóan hozzájárul az általános iskolai sikerekhez.

A roma gyerekek óvodáztatásának (következésképp későbbi iskolai pályafutásuknak) egyik legérzékenyebb kérdése, hogy milyen arányban nem jutnak el óvodába, milyen okok vezethetnek az óvodából való kimaradáshoz.

Az aprófalvakban élő, óvodához közvetlenül a településen nem jutó romák egyes megyékben felülreprezentáltak az adott megye roma népességén belül. Ők azok, akiknek gyermekei egyáltalán nem jutnak óvodába, ha nem tudják megszervezni a közlekedést, avagy a szomszédos településen lévő azon óvoda, amelynek ellátási körzetébe tartoznak, túlzsúfolt (vagy egyéb okból fogadó-

képtelen). Külön figyelmet érdemelnek azok az aprófalvas megyék, amelyekben az óvodát nélkülöző települések száma igen magas (Baranya-, Borsod-Abaúj-Zemplén-, Somogy-, Vas- és Veszprém megye). E megyék jelzett településeinek mérete roppant alacsony – tehát a legtöbb közszolgáltatást nélkülöző településekről van szó – miközben roma arányuk az adott megye átlagos roma arányának többszöröse.

Az már tehát egészen bizonyos, hogy a roma fiatalok iskolai szereplését nem kíséri egyértelmű, biztos siker. A folyamatos kudarcok elviselésére, pedig nem elég erős az a fiatal, akinek a tanulási tradíciói nem eléggé erősek, akinek a szülei hasonló élményekkel és emlékekkel rendelkeznek az iskolát illetően, akiknek szülei, nagyszülei a kudarcok elszenvedése után kimaradt a közoktatás rendszeréből.

A szülői minta követése teszi legitimmé az általános iskola idő előtti elhagyását. A szülők és a fiatalok tehát nem megrendelők a közoktatásban, hanem elszenvedők. Sok minden mellett ennek is köszönhető az, hogy idő előtt, minden különösebb siker nélkül, a tanulási szokások és motivációk teljes hiányában hagyják el az általános iskolát 100 roma gyermekből 50-en lesznek fiatalon munkanélküliek és teljesen reménytelenek, tizenévesen marginalizáltak. 100 fiatal közül 50 nem élvezheti a középiskolás kor szépségeit, a diáklét boldogságát, azt, amiről mi olyan gyakran mesélünk gyermekeinknek, barátainknak.

### Iskoláztatás

A már fent említett okok mellett a következőket kell még megemlíteni:

- ♦ a roma/cigány nyelvet is beszélő gyermekek nyelvi hátrányokkal érkeznek az iskolába, ami általában hiányos magyar szókincset és szegényes fogalomhasználatot jelent.
- ♦ A családok és a gyerekek körülményeire a hiányos, szegényes, tárgyi kultúra jellemző. A szegénységből és az alacsony szintű kulturáltságból adódóan hiányoznak a tanulás otthoni (lakás, berendezési tárgyak) és iskolai (tankönyvek, taneszközök) feltételei.
- ♦ A szegénységgel és a rossz lakáskörülményekkel függ össze, hogy a családok egy része nem megfelelő komfort és higiénés körülmények között él, aminek a következményei (gondozatlanság, fertőzések, betegség stb.) az iskolás gyerekeknél is jelentkeznek.
- ♦ Az átlagosnál alacsonyabb szintű a tanulási motiváltságuk, mert sem a szülők elvárásai, sem a várható mobilitási perspektívák (munkaerő-piaci esélyek) nem motiválják őket eléggé a tanulásra.
- ♦ Az átlagosnál nehezebben alkalmazkodnak az iskolák által előírt szabá-

lyokhoz és az ott megkövetelt viselkedési formákhoz. (Ezt a pedagógusok egy része a cigány szülők eltérő nevelési szokásaival indokolja, miszerint lényegesen liberálisabban, illetve kevésbé tekintélyelvűen nevelik gyerekeiket, mint a nem cigány szülők.)

- ◆ A családban az átlagosnál hamarabb tekintik felnőttnek a gyerekeket, a szülők elvárják a segítséget a nagyobb gyerekektől a családi munkákban és a családfenntartásban (kereső tevékenységben).
- ◆ A felnőtté válás korábbi életkorra tevődik, a szexuális érettséggel elkezdődik a párválasztás, hagyományos közösségekben a gyermekvállalás is. A szülők különösen a lány gyermekeket nehezen engedik még az iskolába is, félve attól, hogy a család köréből kikerülve elveszítheti legnagyobb értékét, a szüzességét.

A roma gyerekek iskolai sikeressége, vagy éppen sikertelensége tehát komplex, egymást erősítő hatások együttesének a következménye.

A roma tanulók oktatásának, iskolai integrációjának kérdése, valamint iskolai továbbjutásuk lehetőségének a biztosítása állami felelősség, amelynek megoldása az egyik legnagyobb kihívást jelenti a harmadik évezred Magyarországnak. A roma oktatásfejlesztéssel való foglalkozást – számos indok mellett (pl. Európai Unióhoz való csatlakozás) – leginkább az teszi szükségessé, hogy a demográfiai előrejelzések szerint a következő években egyre több roma származású gyerek lép be az iskolarendszerbe. Az erre való felkészülés – az átfogó elemzés és értékelés tükrében – tudatos útkereséseket, fejlesztési megoldásokat és alternatívákat kíván, hiszen a későbbiekben az iskolai sikertelenség foglalkoztatás területét is áthatja.

Az oktatási integráció az alapfokú oktatásban a tartalmi fejlesztést, a középfokú oktatásban és a felsőfokú képzésben a lemorzsolódás visszaszorítását, a végbizonyítvány megszerzését és a tehetséggondozást támogatja. Cél az óvodáztatás megszervezése, az iskolák melletti kollégiumok, tanodai, iskolán kívüli szabadidős programok kialakítása.

### VI.3 EGÉSZSÉGES ÉLETMÓD – CSALÁDCENTRIKUS MEGKÖZELÍTÉSBEN, AVAGY AMI A TANKÖNYVEKBŐL HIÁNYZIK

A programunk részletesen foglalkozik a családtervezés, családalapítás kérdésével, a családon belüli kötődéssel (szülők és gyermekek, testvérek), a gyermekvárás, a szülés és az elemi csecsemőgondozási tanácsokkal, a szeretet érintéseivel [értsd pl. babamasszázs] és egyéb hasznos tudnivalókkal.

#### **A család és háztartás (életmódváltás, egészség, apa szerepe)**

A gyermek születése a családok életének egyik legfontosabb fordulópontja. Megváltozik a családtagok egymáshoz való viszonya, a nőknek és a férfiaknak új szerepeket kell tanulniuk. A család szerkezetének változásával, a család bővülésével kialakul az anyai-, és az apai-szerep, illetve megváltozik. Minden gyermek születése változtat a családi életcikluson. Megváltoznak a korábbi szokások, átalakul az életmód, a táplálkozás, a szórakozási módok.

#### **Első napok a szülés után**

Az újszülött felé irányuló szoros kötődés egyes szülőknél már az első percekben kialakul, másoknál hosszabb idő kell hozzá. A szülő-gyermek kapcsolat igen bonyolult, összetett folyamat. Amíg ellátja babáját, kielégíti gyermeke alapvető szükségleteit, beszélget vele, gyermeke nem szenved hiányt akkor sem, ha nem érez szoros kötődést az első látásra. Az igazi anya-gyermek kapcsolat a mindennapi együttlét és törődés eredménye. Idővel egyre jobban megismeri majd gyermekét, és érzései hamarosan elmélyülnek, egyre mélyebbek lesznek iránta.

Az édesanyáknak sok új körülménnyel kell megbirkózniuk, több mindenhez kell alkalmazkodniuk. Még kimerültek a vajúdás, szülés okozta fáradalmaktól, testi fájdalmak, kellemetlenségek, bizonytalan lelki állapot jellemzi az első napokat. Minden újszülöttel, újabb gyermekkel újrakezddőknek számítanak, hiszen a babát még nem ismerik. Az összhanghoz, a megismeréshez idő kell.

Az anya a rooming-in rendszerben egyre inkább bekapcsolódik gyermeke ellátásába. Sok segítséget kell adni azonban a csecsemős nővéreknek és a kórházi védőnőnek adni a baba elélátásának megtanításában, a gondozási rutin kialakításában. Mindezek ellenére előfordul a feszültség, szorongás érzése.

#### **Az otthoni összhang kialakítása**

Otthon aztán újabb helyzetekkel szembesülhetnek. Mindkét szülő másképpen látja a megoldásokat. Jellemző, hogy az apák az azonnali problémameg-

dásra törekednek, racionálisak, míg az anyák szemben a felszínen kirajzolódó problémával csak az erős karok védelmére, gyengédségre vágnak, egy megértő társra, akinek vállán kisírhathják magunkat, aki meghallgatja őket. Jellemző, hogy még a környezet figyelme is ebben az időszakban helytelenül bár, de jellemzően az új jövevény felé irányul, az anyukákra kevesebb törődés jut.

### **A család szerepe**

A gyermek számára az első és sokáig egyetlen, később személyiségét és későbbi magatartását meghatározó környezet a család.

A gyermek a családban sajátítja el a beszédet, a társadalomhoz való viszonyulás különböző módjait, magatartásmintáit, a társadalmi normákat, szabályokat. Itt tanulja meg látni és érzékelni önmagát és a külvilágot, megtanulja és gyakorolja, hogyan kell másokkal kapcsolatot kialakítani. A teljes család, amelyben a családtagok szeretik egymást, és felelősséget éreznek egymás iránt, amelyet sokrétű kapcsolat fűz rokonokhoz, barátokhoz, ismerősökhöz, pozitívan hatnak a felnövekvő gyermekekre.

### **Az apák szerepe a családban**

A különböző korokban változik a házastársi szerep is. Sokáig a férfi volt az egyedüli családfenntartó, ami ma már nem egészen így van. Az édesanyáknak is van szakmájuk, foglalkozásuk, önmegvalósítási igényük, vagy csak egyszerű anyagi megfontolásból dolgozni kényszerülnek. Korábban az apa családban betöltött szimbolikus szerepe a gyermeknemzéssel kezdődött és nevét adta a születendő gyermeknek. Mára már a férfiaknak a családban betöltött szerepe is nagyon átértékelődött. Optimális esetben mindkét szülő közös óhaja a gyermek, együtt várják érkezését. A gyermeknek már az első hónapokban is szüksége van mind a két szülőre. Az anya jelenléte nélkülözhetetlen, ám édesapja jelenléte is meghatározó. Az apa jelenléte segít a szeparációs félelmek leküzdésében, hiszen ha édesanyja nincs mellette, a kedves, ismerős hang hallgatása és arc látványa megnyugtatja. A gyermek mindkét szülőé, éppen ezért játszani, beszélgetni, foglalkozni és két embernek kell vele.

Sok esetben, bár az apa jelen van, szinte teljesen háttérbe szorul a család életében. Ennek több oka is lehet. Sokat dolgozik, túlórákat vállal, vagy az anya személyisége túlzottan domináns, és ezért szorul a háttérbe. Soha ne feledjük el, a gyermeknek szüksége van az édesapjára is. Manapság az apák óriási segítséget jelentenek a gyermeknevelésben. Sokan szülés előtti tanfolyamokon vesznek részt, elkísérik párjukat az ultrahangos vizsgálatokra, rengeteget olvasnak a szülésről, gyermeknevelésről. Aktív részesei szeretnének válni a



születendő gyermekük életének. Szívesen vesznek részt a gyermek körüli teendőkben, fürdetik őket, pelenkát cserélnek, sétálnak velük.

Egy családban fontos az összetartás, tudniuk kell a családtagoknak, hogy számíthatnak a másokra, van kivel megosztani feladataikat, örömeiket, aggodalmaikat.

### **Női szerep, anya-szerep**

A nőnek új kihívást jelent, amikor a gyermekvárással, megszületésével kibővül a szerepköre. Egyszerre marad feleség (társ), ugyanakkor anyává is kell, hogy váljon. A gyermeknek sokáig szüksége van édesanyjára, hiszen még önállóan nem tudja fiziológiás szükségleteit kielégíteni. Mindenben rá van utalva. A gyakori szoptatás, a szakaszos alvás, az újonnan átélt felelősségtudat rengeteg energiát követel az édesanyától, ami sok türelmet és kitartást igényel.

Minden anya lehetőségéhez képest próbáljon minél többet pihenni, ajánlott ezt addig tenni, míg gyermeke is alszik. Egy túlhajszolt, fáradt édesanyának a türelme is kevesebb, mind a gyermekeéhez, mind párjához, családjához. Ezért nyugodtan fogadja el a család, a barátok és a rokonok segítségét, nyugodtan mondja meg, hogy mire lenne szüksége, miben kér segítséget.

A társ – apa továbbra is igényli azt a szeretetet, gondoskodást és törődést, amit eddig kapott. Érezze párunk, hogy ugyanúgy sokat jelent számunkra, fontos a közelsége. Ha érzi, hogy ő is fontos tagja a családnak, sokkal jobban fog segíteni.

### **Szülők-nagyszülők közötti eltérő nevelési szemlélet**

Legjobb esetben az új családnak sikerül külön lakásba, házba költöznie. Gyakran előfordul az is, hogy szülőkkel élnek együtt közös háztartásban. Ilyenkor a gyermeknevelés kérdése akadályokba ütközhet, hiszen az együtt élő nagyszülők szívesen bele szólnak a nevelésbe, elmondják saját tapasztalataikat, ami valljuk be, a legtöbb fiatal szülőnek nem tetszik.

A családot gondozó védőnő nagy segítséget nyújt a szülőknek ebben is. El kell fogadtatni a nagyszülőkkel, hogy a gyermeknevelés helyett inkább a háztartási teendőkben segítsenek. Ha sikerül tisztázni a szerepeket, biztos, hogy egymás támogatásával, a nyitottsággal, elfogadó légkörrel, megbeszéléssel olyan légkör alakul ki, ahol elkerülhetők a viták, esetleges veszekedések.

### **Kistestvér fogadása**

Új helyzetek, és esetleg megoldandó problémák sorozatát jelentheti az is, ha van már egy, vagy több gyermek a családban, ugyanis gyakran előfordul

testvérféltékenység. A gyermek szempontjából ez teljesen természetes dolog, hiszen eddig ő volt a családi élet középpontjában és most meg kell osztoznia ezen a pozíción mással. Nagyon fontos, hogy már a várandósság idején kezdjék el felkészíteni gyermeküket a kistestvér érkezésére.

Törekedni kell arra, hogy minél jobban bevonják a gyermekgondozási tevékenységbe.

Ha a gyermek érzi, hogy szülei szeretete ugyanúgy megmaradt iránta is, akkor biztos, hogy hamarabb elfogadja a testvérét.

A háziorvosi, házi gyermekorvosi ellátásra, a védőnői szolgálatra támaszkodva lehetősége nyílik a család tagjainak arra, hogy ki-ki szerepe szerint egészségesen éljen, és pihenten lépjen be az összehangolt feladatok ellátásába. Ehhez többször, megerősítő jelleggel olyan gyakorlatok társultak a tréning során, amelyek elmélyítették egy-egy szerep és viselkedésmód lényegét.

#### VI.4 AZ ÉLETMÓD VÁLTOZTATÁS MÓDSZERTANA

Az életmód változtatás egyik legnehezebb feladata az egészségfejlesztésnek. Családból, baráti körből, közösségi kulturális körből átvett minták az életmódi elemek. A már kialakult, rögzült, szokásokat, meggyőződéseket nem könnyű fellazítani, és a változtatás folyamatát megindítani, sőt rendszeresen támogatni. A prevenció feladatok megvalósításának egyik kihívása, hogy felmérjük: eszköztárunk, tudásunk, ismereteink, módszereink megfelelőek-e arra, hogy megértsük a gondozottak életmódját, annak hátterét, a változtatásra való motivációjukat, hajlandóságukat és aktivitási készségüket. A szakembereknek ugyanúgy, mint a társadalom tagjainak jelentős paradigmaváltást kell megélnie:

- nem elég csak azt mondani, hogy valami helytelen, egészségtelen,
- nem elég ismeretet, információt átadni,
- nem elég megmondani, hogy mi a helyes,
- nem mindegy, hogy mikor kérdezzük, mikor adunk ismeretet, információt,
- mikor adunk tanácsot, mikor beszéljük meg és értékeljük a folyamatot a gondozottal,
- nem mi vezetjük a változtatási folyamatot, hanem a gondozott.

A korszerű egészségtámogató, életmódváltást ösztönző programok alapvető követelményei, az ebben közreműködő szakemberekkel szembeni elvárás-

sok, hogy segítséget tudjanak nyújtani a dohányzó anyáknak, akik le akarnak szokni, értsék meg a terhesség alatti dohányzásról való leszoktatás alapelveit értsék meg a szakember szerepének fontosságát a témában, fejlesszék kommunikációs képességeiket csakúgy, mint a dohányzó helyzetébe való beleélést. Fontos, hogy legyenek birtokában a megfelelő információknak és más forrásoknak, amivel segíthetik a dohányzó anyákkal foglalkozó más egészségügyi szakemberek munkáját is. Segítséget kell nyújtani a szakembereknek abban, hogy megtalálják a változtatást legjobban motiváló érveket. Rávezetni a szakembereket arra, hogy képesek legyenek saját szokásaikon is változtatni, mielőtt másokat akarnának változtatásra bírni.

Az egészséget támogató életmód kialakítására a legalkalmasabb időszak a gyermekkor. Ha a szülők egészségesen élnek, akkor a gyermek ezeket a mintákat, szokásokat tartja meg, és vállalja egyre tudatosabban.

Az életmódi elemek között talán a legfontosabb elem az ún. káros szenvedélyek, élvezeti szerek fogyasztását érinti.

## VI.5 A KOMMUNIKÁCIÓ SZEREPE AZ ÉLETMÓD VÁLTOZTATÁSBAN, AZ NLP ALKALMAZÁSA AZ EGÉSZSÉGCÉLÚ DÖNTÉSEKBEN

Az életvezetési tréning során, mint a projekt egészében, a kommunikációnak központi szerepe van. A kézikönyv elméleti részében, a befogadói oldalt figyelembe véve olyan lényegi kérdésekre világít rá, amely segíti a személyközi kommunikáción belül az orvossal, a védőnővel és általában a szociális ellátórendszer képviselőivel való beszélgetést. A gyakorlatok során pedig megjelenik az egészségcélú döntésekben nélkülözhetetlen NLP alkalmazása, amelyben a felek jobban megértik egymást, elfogadóbbak, ugyanakkor döntésképesebbek. Néhány, a program szempontjából is értékes elemre hívjuk fel a figyelmet.

### A segítő beszélgetés alkalmazása

A segítő beszélgetésnél abból kell kiindulni, hogy a szavaknak jelentése, egy adott tartalma van, amelyre a kommunikáció közben a másik fél valamilyen szinten visszajelez, reagál. Egymás megértése a fő szempont, nemcsak a szavak tartalma, jelentése lényeges, hanem a szavak mögött rejlő érzelmi hatás, melynek érzékelése sikeresebbé teheti a segítő beszélgetést. A fő hangsúly a jó kapcsolaton van, amely ez által gyógyító erejű, segíti a rejtett pszichikus erők kibontakozását és annak még „egészségessé” tételét. A segítő beszélgetés

menetében fontos szerepet kap az aktív meghallgatás, amelyben a segítő visszajelzi, hogy érti a másik fél mondanivalóját.

Rogers elméletének döntő mozzanata az volt, hogy felismerte azt, hogy a segítő kapcsolatban nem a választott személy a legfontosabb, hanem maga a segítő személy.

Három feltétel biztosítja a segítő kapcsolatot, az empátiás reflexió, a feltétel nélküli elfogadás, valamint a segítő kongruenciája Rogers szerint.

A segítő kapcsolat akkor lehet eredményes, ha a segítő képes értéket látni a másik emberben, és ha egyenrangú félként viszonyul hozzá, ha rendelkezik azzal a mély és szilárd meggyőződéssel, hogy minden ember valamilyen érték hordozója.

A „szemtől szembe” helyzet behatárolja a kommunikációban való résztvevők számát, ez esetünkben maga a gondozott és a segítő. Az intimitás, a bizalom feltétele megkívánja, hogy a segítő a gondozottjára összpontosítson, bármennyien legyenek is jelen a családlátogatás során.

Léteznek viszont olyan családok, ahol túlzott zárkózottság jelei, vagy mentális retardáció, esetleg valamely titok rejtegetése akadályozza, magának a beszélgetésnek a megkezdését. Sajnos a mindennapok során előfordulhat olyan helyzet, amelyben a különböző hatóságok intézkedései, hibái, a nem megfelelő hozzáállás miatt, bizalmatlanul fogadják, vagy elutasítják a védőnő kezdeményezését. Ebben az esetben sem szabad véglegesnek tekinteni az elutasítást, a segítő elfogadó attitűdje során megnyílhat a lehetőség arra, hogy más körülmények között folyjék a beszélgetés. Összefoglalva: a segítő ott és akkor tudja használni a segítésnek ezt a formáját, ahol szükség van erre.

### **A segítő beszélgetés hátráltató tényezői**

- ◆ Merev testtartás, elhúzódás
- ◆ Folyamatos kérdezés, faggatózás
- ◆ Befolyásolás
- ◆ Sürgetés
- ◆ Túl rövid válaszok
- ◆ Bagatellizálás
- ◆ Gyors tanácsadás
- ◆ Moralizáló magatartás
- ◆ Gondozott rábeszélése
- ◆ Közhelyszerű válaszok
- ◆ Felületesség
- ◆ Mesterkéltén lágy és halk hang

- ♦ Belebonyolódás a részletkérdésekbe
- ♦ Túlbuzgóság
- ♦ Oktató magatartás tanúsítása

### VI.5.1 Modellezés

Az NLP lényege a modellezés. Az NLP a kiválóság tanulmányozása, mely a modellképzés folyamatának segítségével hozza felszínre, meghatározza a kiválóságok magatartásmintáit. Melyek a sikeres emberek magatartásmintái? Hogyan érik el az eredményeiket? Mit csinálnak másként, mint azok, akik nem sikeresek? Miben különböznek? Az e kérdésekre adott válaszok hozták létre az NLP-vel kapcsolatos minden készséget, technikát és előfeltevést. A modellezés legegyszerűbben az emberi kiválóság megismétlésének folyamataként határozható meg. Hogy egyesek *miért* emelkednek ki a többiek közül, azt eddig általában velük született tehetségekre vetítették vissza.

A teljes modellezési folyamat három fázisból áll. Az első fázisban a modell társaságában vagyunk, miközben ő a bennünket érdeklő magatartást gyakorolja. Az első fázis során a második pozíciós eszközök alkalmazásával az ő valóságába képzeljük magunkat, és azt csináljuk, amit ő, míg megközelítőleg ugyanazokat az eredményeket érjük el. Arra összpontosítunk, hogy *mit* csinál, *hogyan* csinálja, és *miért* csinálja. Az, *amit* közvetlen megfigyelésből nyerhetjük. A *hogyan* és *miért* kérdésekkel deríthetjük ki.

A második fázisban a modell magatartását módszeresen megfosztjuk bizonyos elemeitől, megvizsgálva, mi okozza a különbséget. Ha valamit kihagyva csak kis különbséget tapasztalnak, akkor arra nincs szükség. Ha valamit kihagyva a kapott eredmény különbözik, akkor az lényeges része a modellnek. Ebben a fázisban finomítjuk és kezdjük tudatosan megérteni modellünket. Ez pontosan az ellentéte a hagyományos tanulási mintáknak. A hagyományos tanulás szerint apránként adagoljuk a részeket, míg az egész összeáll. Azonban ilyen módon nehezen tudhatjuk meg, mi a lényeges. A modellezés a gyorsított tanulás alapja, az összegyűjtött összes elemből hagy ki bizonyos elemeket, meghatározva így melyek szükségesek.

A harmadik, vagyis az utolsó fázisban kiválasztjuk a módszert, melynek segítségével másokat is megtaníthatunk a készségekre. A jó tanár olyan környezetet teremt, melyben tanítványai saját maguk tanulják meg, hogyan éri el eredményt.

A bármely területen végzett modellezéssel eredményekhez, technikákhoz jutunk, valamint további eszközöket kapunk a modellezéshez. Az NLP gene-

ratív, mert eredményei alkalmazhatók magának az NLP-nek hatékonyabbá tételére. Az NLP az önerőből megvalósított személyes fejlődés programja. Modellezhetjük saját kreatív és erőforrásokkal teli állapotunkat, és ezáltal azokba tetszés szerint belehelyezhetjük magunkat. Ha több erőforrás és kreativitás áll rendelkezésünkre, még inkább erőforrásokkal telivé és kreatívabbá válhatunk.

### **Kész vagy a változásra?**

A legtöbben készek jobbá tenni az életüket, de valójában fogalmuk sincs, hogy mit változtassanak, de nincs meg bennük tudatos szinten az az erőforrás, amire szükségük volna.

Elgondolkoztál-e már azon, hogy amit az egyik embernek teljesen természetes és egyszerű megtenni, arra a másik ember egyszerűen képtelen? Sokan eljutnak az életükben egy kritikus ponthoz, ahonnan tudatos erőforrásaik segítségével nem tudnak továbbmenni. Ennél a pontnál két választás létezik

1. A nehéz út
2. A könnyű út

*A nehéz út,* hogy tudatosan, hatalmas erőfeszítések árán próbálsz magadon változtatni. Folyamatosan kilépsz a komfort zónádból, azaz a megszokott kérékvágásból, míg végül új komfortzónát alakítasz ki, ahol már jól érzed magad.

*És most a könnyű út* „...beprogramozhatod elmédet úgy, hogy a problémákat könnyen és gyorsan tudd megoldani. Ami most hatalmas problémának tűnik, az a következő pillanatban már hasznos erőforrás lehet”. Gyakran kérdezik: hogyan lehet ugyanazokat a módszereket sikeresen alkalmazni a tárgyalások, az üzletkötés során, lámpaláz esetén, az önbizalom erősítése érdekében, és sok más helyzetben?

Mitől más? Tudjuk befolyásolni viselkedésünket. Olyan eszköztár, amelynek segítségével elérhetjük, amit valójában szeretnénk. Mélyreható, tartós és gyors változásokat hozhatunk létre. Még jobbá tehetjük azt, amit már jól csinálunk.

### **Az NLP segítségével:**

- ◆ Korlátozó hiedelmeinket átformálhatjuk támogató hiedelmekké
- ◆ Megszabadulhatunk nem kívánt szokásainktól
- ◆ Feloldhatjuk belső ellentéteinket
- ◆ Hasznos tulajdonságokká alakíthatjuk a múlt gyötrelmeit
- ◆ Barátokat szerezhetünk és megtudhatjuk, miként lehetünk szimpatikusak bárkinek
- ◆ Megtanulhatjuk kezelni érzelmeinket

- ◆ Többre lehetünk képesek, mint legirigyeltebb példaképünk
- ◆ Gyorsabban és könnyebben tudunk tanulni
- ◆ Elérheted korábban általad hihetetlennek minősített céljaidat
- ◆ Élvezheted azokat a tevékenységeket is, amelyektől korábban féltél

Léteznek tehát olyan módszerek, amelyekkel könnyen és gyorsan lehet változást elérni az élet bármely területén!

#### **Az NLP segítségével megszabadulhatunk**

- ◆ Belső harcainktól, ellentmondásainktól
- ◆ Már meghaladott beidegződéseinktől, szokásainktól
- ◆ Indokolatlan félelmeinktől és egyéb, életünket nem segítő érzelmektől

#### **Az NLP-vel megtapasztalhatjuk**

- ◆ A belső harmóniát („jóban leszünk” magunkkal)
- ◆ Tudattalan bölcsességünket, találékonyságunkat és más erőforrásainkat
- ◆ A hatékony, élvezetes, könnyű tanulást (idegen nyelv stb.)
- ◆ Választási lehetőségeket az eddig megoldatlannak tűnő helyzetekben
- ◆ Az eredményes döntési és késztetési stratégiákat
- ◆ Hogy érhető el az érintett felek számára kölcsönösen előnyös megoldás

Az NLP elősegíti szakmai fejlődését mindenkinek, aki munkája során emberekkel foglalkozik.

### **VI.5.2 A konfliktuskezelés labirintusa**

Küzdelem. Határozatlanság. Düh. Az elfogadás hiánya.

A konfliktus mindennapjaink és kapcsolataink olyan természetes, elengedhetetlen velejárója, hogy rendszerint nem elemezzük, nem gondolkozunk el rajta, és nem is tanulmányozzuk. Mindazonáltal, a gondozottak naponta kerülnek konfliktusba magukkal, családjukkal és a társadalommal. Míg a legtöbb ember a konfliktust negatív és pusztító erőnek tekinti, az lehetőséget nyújthat fejlődésre és tanulásra is.

#### **„Én”**

Hiedelmeink, percepcióink, értékeink és érzéseink elkerülhetetlen részét képezik minden konfliktusnak, melyben érintettek vagyunk. Az, hogy mit érünk magunkkal kapcsolatban, hogyan viszonyulunk másokhoz, és hogyan

értékeljük és szemléljük a világot, befolyásolja konfliktusmegoldó módszereinket.

### „Te”

Emberként mindannyiunknak egyedi tapasztalatai vannak, és mindannyian különböző nézőpontból szemléljük a világot. Egyediségünkben rejlik erőnk egyik forrása: nincs két ember, aki tökéletesen egyforma lenne, így mindenki hozzájárul az élet színességéhez és izgalmasságához. Mindazonáltal egyediségünk időnként problémák és konfliktusok forrása is lehet. Mivel nem pontosan egyformán szemléljük a világot, félreértelmezések, félreértések befolyással bírnak cselekedeteinkre, gondolatainkra, érzéseinkre és reakcióinkra.

### „Te meg én”

Milyen lenne a világ, ha az emberek soha nem kommunikálnának egymással? Szomorú, magányos hely lenne. Szerencsére nekünk, embereknek számos kommunikációs forma áll rendelkezésünkre. Érzelmeinket és gondolatainkat testbeszéddel, írással, beszéddel, kiabálással, elpirulással fejezzük ki. A konfliktuskezeléshez elengedhetetlen a hatékony kommunikáció. Mindazonáltal, mikor konfliktushelyzetben találjuk magunkat, a kommunikáció gyakran komplikálttá és bajossá válik. Nehéznek találhatjuk valódi érzelmeink kifejezését, vagy csatlódhatunk amiatt, hogy mások nem értik pontosan érzéseinket. A hatékony kommunikáció fontos része, hogy nyitottak legyünk, és meghallgassuk a másikat. Gyakran lép fel konfliktus, ha úgy véljük, értjük a másik álláspontját. Hatékony kommunikáció nélkül valószínűleg nem ismerjük fel, hogy előfeltevéseink helytelenek. A konfliktus gyengíti a kommunikációt, és ezzel kezdetét veszi az az ördögi kör, melyben a konfliktus elhatalmasodik, a kommunikáció pedig egyre rosszabbá válik. Ahelyett, hogy megváltoztatnánk érzéseinket és elképzeléseinket, nézeteink még előítéletesebbekké válnak. Következésképpen *beáll a kommunikációs csőd*.

A bizalmas közlés lényege a titok, vagy valamilyen magánjellegű dolog titokban tartása. A titoktartás bizalom, a bizalom pedig a konfliktuskezelés fontos része. Ha tiszteletben tartjuk a titoktartás elvét, a kommunikáció javul: az emberek nyugodtabbá válnak, és színtebben nyilatkoznak.

Gyakran alábecsüljük az alapvető nem-verbális hallgatási készség erejét. Az olyan egyszerű mozdulatok például, mint a bólogatás vagy a törzs előredöntése érdeklődést és beleélő megértést fejez ki. Konfliktushelyzetben, mikor a feszültség szint magas, a toleranciaszint viszont alacsony, a pozitív testbeszéd a személy megértésére és megértetésére irányuló vágyát mutatja ki.



A nyílt kérdések olyan kérdések, melyek beszédre ösztönzik az embert. A helyett, hogy védekezésre készítenének, ezek a kérdések beszédre bátorítanak. A nyílt kérdések rendszerint a „Hogy/Hogyan”, „Mi/Mit” szavakkal kezdődnek.

A zárt kérdések megállítják a párbeszédet. Gátolják a társalgást, mivel általában egy-két szóval – például „igen”-nel vagy „nem”-mel – megválaszolhatók. Konfliktushelyzetben mindkét fél biztos akar lenni abban, hogy a másik személy megérti nézőpontját.

Bizonyos szavak serkentik a társalgást, míg mások arra a hajlamosítják az embereket, hogy bezárkózzanak.

Konfliktushelyzetben különösen fontos, hogy a vitázó felek olyan kérdéseket tegyenek fel, melyek előmozdítják a párbeszédet. A védekezésre készített kérdések növelhetik a konfliktust.

Az értő figyelem a beszélgetés előmozdítására használatos technika. Értő figyelem gyakorlásakor az egyik személy a másik személy által közölt tényszerű információkat vagy érzéseket más szavakkal fogalmazza meg. Ez rendszerint tisztábbá teszi a személy érzéseit és gondolatait. Időnként nehézséget okoz érzelmeink kifejezése, mivel néha úgy tűnik, képtelenek vagyunk megtalálni az érzéseinket leíró „megfelelő szavakat”. Ez a tudatosság különösen konfliktushelyzetekben hasznos, mikor érzéseinket pontosan kell kifejeznünk.

A konfliktus mindannyiunk társas életének természetes és elkerülhetetlen része. Ugyanakkor a konfliktusmegoldás hatékonyabb módja, ha a vitázó felek megvizsgálják alapvető érdekeiket. Csapatként együttműködve találhatnak olyan módokat, amelyekkel mindkét fél alapvető érdekei kielégíthetők.

## VI.6 ÚTRAVALÓ

*Az egészség útján a cél maga az út, vagyis az egészség. Az útravaló, vagyis az erőforrás, pedig a szabadság.*

A szabadság azt jelenti, hogy te döntöd el, hogy melyik úton jársz! Letérsz az útról, de az következményekkel jár előbb, vagy utóbb.

Szenvedélyek, élvezeti szerek..., ezek mind valami helyett vannak, valami ilyen hiányt elégítenek ki: az „egész” érzetének hiányát, az öröm, a szeretet hiányát. A magyar nyelv tökéletesen fejezi ki az *egész-ség* szóval a teljesség pillanatnyi élményét és hosszú távú megtapasztalását, és mint erőforrásként való kiaknázását. Ha visszatekintünk arra, hogy az Egészségügyi Világszervezet az egészséget a teljes testi-, lelki-, szellemi- és szociális jól-lét állapotaként határozta meg. Ezt tovább gondolva ezek egyensúlya jelenti az egészséget.

A lélek és szellem szabadsága a szeretetből fakad: az önmagunk és a rajtunk kívül létező világ szeretetéből. A szeretetből, amely a feltétel nélküli elfogadás, ösbizalom; a tápláló, féltő, óvó gondoskodásból; és az elengedésből, a mások szabadságának tiszteletéből, és a túlzott kötelékek kényszeréből táplálkozik. Kérdés, hogyan segítjük a szabadság útját?

Az igazi örömek hosszú távon a tieid. Te keresed, és te találod meg, szabályozod, döntöd el, mit, mikor, hol, mennyit, mennyire, mennyi ideig, hogyan... Ez a szabadság, ha tudod, miből fakad, miből táplálkozik az öröm, az az a szeretetből. Akkor az úton vagy, az egészség útján.

Az egészség útján lévő akadályok lebontására sokszor a nem látható, de érzékelhető falakat (előítéleteket, sztereotípiákat) kell először magunkban, majd közvetlen környezetünkben, az egész társadalomban lebontani. Új tartalmú kapcsolatokat kell viszont építenünk, hidakat, de nem feltétlenül építőanyagokból, sokkal inkább a biztató, empátikus emberi szóból, türelemből, ember-szeretetből, kéznyújtásból és kézfogásból. A közösségi-kulturális érintkezés, egymás kölcsönös megismerése, az egyenrangú kapcsolatok, a nyílt kommunikáció alkotják ezt a hidat.

Fontos, hogy lássuk a célt, találjuk meg az utat, és haladjunk rajta! Nem a célba érést kéri számon rajtunk az utókor, hanem azt, hogy ott voltunk-e az úton, és tettük-e dolgunkat.

### Felhasznált irodalom

- BABUSIK FERENC (2003): Roma egészségi helyzet. Kutatását 2002. őszén végezte B-A-Z. Megyében, ottani 19-34 éves roma népesség reprezentatív felvételében.
- BOGNÁRNÉ VÁRFALVI MARIANNA (1997): Szemléltető kézikönyv védőnőknek (MAVE és Johnson és Johnson kiadvány) Budapest.
- BOGNÁRNÉ VÁRFALVI MARIANNA (2005): Várandós anyák könyve. Felicitas
- BOGNÁRNÉ VÁRFALVI MARIANNA – CSIMA ESZTER (2006): „Hogyan segítsük a le-szokást?” 50 órás akkreditált továbbképző program (ETI) Budapest.
- BOGNÁRNÉ VÁRFALVI MARIANNA (1995): A dohányzás hatásai az anyára, a magzat-ra és az újszülöttre Védőnő V. évfolyam 1995/1.
- BOGNÁRNÉ VÁRFALVI MARIANNA (1999): Világra jönni a világban Várandósság, születés és gyermeknevelés a magyarországi kultúrákban (Kongresszusi Tanulmánykötet) Animula

- C. MOLNÁR EMMA (1996): Az anyaság pszichológiája. Akadémiai Kiadó, Bp.
- CECIL G. HELMAN (2000): Kultúra, egészség és betegség. Melania Kiadó, Budapest
- DEÁKY ZITA – KRÁSZ LILLA (2005): Minden dolgok kezdete: a születés kultúrtörténete Magyarországon (XVI- XX. Század). Budapest, Századvég
- DÉVAINÉ GORECZKY GIZELLA (2004): Akikhez a feladat rendelt. Lencsi-Press Sárospatak, Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium
- Egészséges Nemzetért Népegészségügyi Program 7-es alpontja 2001.
- F. LEBOYER (1994): Gyöngéd születés 1994. T-Twins Kiadó, Budapest.
- Felkészítés a szülésre. 1989. DOTE. Debrecen
- GÁBOR A. – SZÍVÓS PÉTER (2003): A jövedelmi szegénység alakulása és a gyermekes családok helyzete. Társadalmi riport 2002. Budapest TÁRKI
- GYUKITS GYÖRGY – ÜRMÖS ANDOR (1999): A roma nők véleménye egészségi állapotukról és egészségügyi ellátottságukról, In: Mentálhigiéné és pszichoszomatika 1999/3-4. pp. 54-60.
- GYUKITS GYÖRGY (2000): A romák egészségügyi ellátásának szociális háttere, In: Horváth Ágota – Landau Edit – Szalai Júlia (szerk.): Cigánynak születni Új Mandátum, Budapest, pp. 471-489.
- HAGYMÁSY LÁSZLÓ (1994): Családközpontú szülészet Signature Könyvkiadó Nyíregyháza
- HAVASI E. (2002): Szegénység és társadalmi kirekesztettség a korai Magyarországon. Szociológiai Szemle 2002. november
- HIDAS GYÖRGY (szerk.) (1997): A megtermékenyítéstől a társadalomig Dinasztia Kiadó Budapest
- A hosszú távú roma társadalom- és kisebbségpolitikai stratégia irányelvei Magyar Köztársaság Kormánya Cigányügyi Tárcaközi Bizottság 2001.
- KALÁNYOS JÁNOSNÉ LÁSZLÓ JÚLIANNA (1999): Terhesség és gyermekágy az őcsényi (Tolna megye) beás cigányoknál. Várandósság, születés és gyermeknevelés a magyarországi kultúrákban. (Kongresszusi Tanulmánykötet) Animula
- KEMÉNY ISTVÁN – JANKY BÉLA (2003): A cigányok foglalkoztatottságáról és jövedelmi viszonyairól. Esély 2003. november
- KERTESI GÁBOR (1995): Cigány foglalkoztatás és munkanélküliség a rendszerváltás előtt és után. Tények és terápiák Esély 1995. november
- KING, FELICITY SAVAGE (1995): Szoptatási útmutató. MHB „Kurátor” Alap- és Alapítvány Kezelő Kft.
- KOPP MÁRIA – BUDA BÉLA (1994): Kommunikációelmélet. Semmelweis Orvostudományi Egyetem Képzéskutató. Oktatástechnológiai és Dokumentációs Központ Budapest
- NAIDOO, JENNIE – WILLS, JANE (1999): Egészségmegőrzés. Medicina Könyvkiadó

Rt. Budapest

- NEMÉNYI MÁRIA (1998): Cigány anyák az egészségügyben Nemzeti és Etikai Ki-sebbségi Hivatal. Budapest
- NEMÉNYI MÁRIA (2000): Egészségre ható tényezők strukturális, etnikai és kultu-rális összefüggései. Romológia – Ciganológia Szerkesztette: Forray R. Katalin Dialóg Campus Kiadó Budapest, Pécs
- NEMÉNYI MÁRIA (2000): Kis roma demográfia. Cigánynak születni tanulmányok és dokumentumok kötete Szerkesztette: Horváth Ágota, Landau Edit, Szalai Júlia Aktív Társadalom Alapítvány/ Új Mandátum Könyvkiadó. Budapest
- NIERENBERG, GERARD I. – CALERO, HENRY H. [...]: Testbeszéd kalauz, avagy mit üzennek a gesztusok. Bagolyvár Könyvkiadó 18-28. oldal Bp.
- O' CONNOR, JOSEPH – SEYMOUR, JOHN [...]: NLP Segítség egymás és önmagunk megértéséhez pszichológiai gyakorlatok Bioenergetic Kft. Bp.
- PEASE, ALLAN (1996): Testbeszéd. Park Könyvkiadó, Budapest
- PUPORKA LAJOS – ZÁDORI ZSOLT (1999): A Magyarországi romák egészségi állapo-ta. Roma Sajtóközpont, Budapest
- SZIKSZAI ZSUZSA (2004): Gyermekáldás Taktaharkányban, Taktakenézen, Kocsor-don és Nyírmeggyesen. Studia Minoritatum 6, Szekszárd
- SZILÁGYI TIBOR – GERCSÁK MÁRTA (2000): „Cigány kortárs oktató képzési pro-gram” az Egészségügyi Világszervezettel kötött Középtávú Együttműködési Egyezmény (MTP) keretében (1998-1999), In: Egészségnevelés 41. pp. 13-20.
- SZIRTESI ZOLTÁN (1998): A cigányság egészségügyi helyzet. Agroinform, Budapest
- SZUHAY PÉTER (1999): A magyarországi cigányság kultúrája: etnikus kultúra vagy a szegénység kultúrája. Panoráma, Budapest
- TIBA JÁNOS – BOGNÁRNÉ VÁRFALVI MARIANNA (1989): A szülésre felkészítés aján-lott programja Medicus Universalis 1989. március 25-30.
- Várandósság, születés és gyermeknevelés a magyarországi kultúrákban. (1999) Kongresszusi Tanulmánykötet. Magyar Pre- és Perinatalis Pszichológiai és Or-vostudományi Társaság. Animula, Budapest